



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de
medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el
año 2015 Lima, Perú**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Einstein Aaron JARA DÍAZ

ASESOR

Luis Miguel SÁNCHEZ HURTADO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Jara E. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



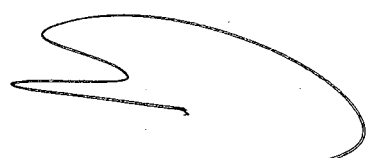
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

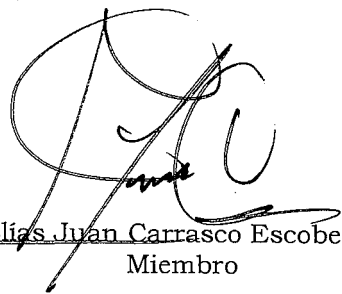
8
59.
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

Siendo las 12:00 horas del día veinticinco de enero del año dos mil dieciséis, en la Sala de Sesiones de la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina, en cumplimiento de lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (**R.R. 78337-84**), se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Luis Américo Reátegui Guzmán (Presidente), Eric Arnaldo Bravo Basaldúa (Miembro) y Elías Juan Carrasco Escobedo (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **"PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL AÑO 2015 LIMA, PERÚ"**, presentado por don **Einstein Aaron Jara Díaz**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de..... *dieciocho* (18).


Dr. Luis Américo Reátegui Guzmán
Presidente


Dr. Eric Arnaldo Bravo Basaldúa
Miembro


Dr. Elías Juan Carrasco Escobedo
Miembro



*A mis padres:
Eligio y Carmela
por su amor, trabajo y sacrificio.*

*A mi hermana Larina
por ser mi mejor amiga.*

Agradecimiento

*A mis padres por motivarme siempre,
por creer en mí,
porque aun cuando yo parecía turista,
nunca dejaron de apoyarme,
supieron guiarme y encaminarme...*

*A mi hermana,
por su infinito apoyo.*

*A la Dra. María Isabel Vásquez Suyo
por su tiempo y dedicación
para la realización de este trabajo.*

*Al Dr. Luis Miguel Sánchez Hurtado
por su apoyo incondicional en todo momento.*

INDICE

Resumen

Abstract

	Pág.
1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Justificación	15
4. Objetivos	16
5. Material y métodos	17
a. Tipo de Investigación	17
b. Población	17
c. Muestra	17
d. Operacionalización de variables	18
e. Técnicas y procedimientos	19
f. Consideraciones éticas	21
g. Plan de procedimientos y análisis de datos	21
6. Resultados	22
7. Discusión	43
8. Limitaciones	47
9. Conclusiones	48
10. Recomendaciones	49
11. Referencias bibliografía	50
12. Anexos	56

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

Cuadros

	Pág
Cuadro 1. Dimensiones del Síndrome de Burnout en los participantes.	26

Tablas

	Pág
Tabla 1. Características socio económicas de los participantes.	23
Tabla 2. Características ocupacionales de los participantes.	24
Tabla 3. Relación entre síndrome de Burnout y características socioeconómicas.	35
Tabla 4. Relación entre síndrome de Burnout y características ocupacionales.	36
Tabla 5. Relación entre cansancio emocional y características socioeconómicas.	37
Tabla 6. Relación entre despersonalización y características socioeconómicas.	38
Tabla 7. Relación entre realización personal y características socioeconómicas.	39
Tabla 8. Relación entre cansancio emocional y características ocupacionales.	40
Tabla 9. Relación entre despersonalización y características ocupacionales.	41
Tabla 10. Relación entre realización personal y características ocupacionales.	42

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Prevalencia del síndrome de Burnout.	25
Figura 2. Prevalencia de niveles de cansancio emocional.	27
Figura 3. Prevalencia de niveles de despersonalización .	28
Figura 4. Prevalencia de niveles de realización personal.	29
Figura 5. Prevalencia de síndrome de Burnout según sexo.	30
Figura 6. Prevalencia de síndrome de Burnout según edad.	30
Figura 7. Prevalencia de síndrome de Burnout según estado civil.	31
Figura 8. Prevalencia de síndrome de Burnout según ingreso económico.	31
Figura 9. Prevalencia de síndrome de Burnout según especialidad.	32
Figura 10. Prevalencia de síndrome de Burnout según año de resindentado.	33
Figura 11. Prevalencia de síndrome de Burnout según número de horas laborales día.	33
Figura 12. Prevalencia de síndrome de Burnout según número de pacientes atendidos día.	34

Resumen

Introducción: El síndrome de Burnout se desarrolla en todos los contextos laborales en respuesta a una situación de estrés laboral crónico. Está presente frecuentemente en personas que están en contacto directo con otras personas como el personal de los servicios de salud (hospitales, centros de salud y otros). Según la literatura médica son las enfermeras y médicos el personal más propenso a esta nueva forma de estrés laboral y/o síndrome de Burnout.

Objetivos: Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal.

Muestra: 91 Residentes de medicina de 2do y 3er año de todas las especialidades del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015.

Técnicas y procedimientos: Se utilizó una encuesta conteniendo el cuestionario Maslach Burnout Inventory - HSS.

Resultados: Presentaron síndrome de Burnout Presentando en los residentes de medicina una prevalencia del 24,2% (22/91).

Conclusiones: La prevalencia del SB fue de 24.2%, presentándose en residentes de 2do año, solteros, edad entre 25 y 34 años, con ingresos aproximados de s/.4000. La especialidad con mayor prevalencia de SB fue cirugía general, que atendían más de 30 pacientes y que realizaban 2 guardias a la semana. La dimensión más afectada fue la despersonalización 58%.

Palabras Clave: Burnout, residentes de medicina

Abstract

Introduction: Burnout syndrome develops in all work settings in response to a situation of chronic job stress. It is often present in people who are in direct contact with other people as staff health services (hospitals, health centers and others). According to medical literature there are nurses and medical personnel prone to this new form of work stress and / or Burnout syndrome.

To determine the prevalence of Burnout syndrome in medical residents of the Arzobispo Loayza National Hospital in 2015 Lima, Perú.

Design: A descriptive, observational cross-sectional study was conducted.

Sample: 91 Medical Residents 2nd and 3rd year of all specialties Azobispo Loayza National Hospital in 2015.

Techniques and procedures: Was used Maslach Burnout Inventory – HSS.

Results: They presented Burnout syndrome introducing medicine residents in a prevalence of 24.2% (22/91).

Conclusions: The prevalence of SB was 24.2%, occurring in 2nd year residents, single, aged between 25 and 34 years, with approximate revenue of s / 4000. The specialty with the highest prevalence of SB was general surgery, attending more than 30 patients and performed 2 guards a week. Hardest hit was the depersonalization dimension 58%.

Keywords: Burnout, medical residents

1. INTRODUCCION

El síndrome de Burnout se desarrolla en todos los contextos laborales en respuesta a una situación de estrés laboral crónico. Está presente frecuentemente en personas que están en contacto directo con otras, como el personal de los servicios de salud.

En los servicios de salud es importante que el personal “tenga y trabaje” con bienestar individual y en colectividad. Sin embargo, el personal de salud puede presentar éste padecimiento debido a la responsabilidad, presión y demanda que exige la relación con el paciente. Según la literatura las enfermeras y médicos son el personal más propenso a esta nueva forma de estrés laboral y/o síndrome de Burnout. Un estudio realizado en médicos generales refiere una prevalencia a nivel mundial entre el 43% y 45% y en residentes entre 47 a 76%,⁽¹⁾ otros estudios presentan un rango de 18% hasta 80.2%.⁽²⁾ Se han propuesto muchas variables como factores predisponentes dentro de las cuales se consideran: las características demográficas, tipo de trabajo, género, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, situaciones de estrés vividas con despareja supervisión, perfiles de personalidad o crisis institucionales, entre otras.

Los médicos asistentes y más aún los médicos residentes están sometidos a intensas demandas de trabajo diariamente, puesto que están en un proceso de formación profesional con presión académica y retos personales de superación profesional, poco tiempo en casa, que se suma al compromiso con el paciente en su tratamiento y/o recuperación; por lo que, son

considerados dentro de los trabajadores de salud con alto riesgo de sufrir síndrome de Burnout. Por tanto, resulta evidente que los hospitales deberían adoptar estrategias de prevención y afrontamiento de este síndrome. El presente estudio se realizó en los residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, pues no existe un estudio previo con respecto a este tema, para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con variables ocupacionales y sociales.

2. MARCO TEÓRICO

En la actualidad la globalización y la transformación social, el boom económico y los avances tecnológicos han cambiado el contexto laboral. Nuevas demandas y preferencias de los consumidores y/o usuarios de servicios, han generado mayores exigencias a los trabajadores, competencia en todas las áreas, lo que ha transformado el mundo laboral y los sistemas de trabajo.

Estas transformaciones han sido vistas por algunos como importantes fuentes desencadenantes de estrés en el mundo laboral, el cual está relacionado con una disminución en la calidad y en la productividad del desempeño profesional, tanto a nivel individual como organizacional,⁽³⁾ surgiendo nuevas patologías laborales y factores de riesgo para la salud y el bienestar psicológico de los trabajadores, lo que ha sido comprobado en distintas muestras ocupacionales y en diversos colectivos profesionales. Siendo el sector de servicios donde se han notado con mayor claridad las consecuencias de estos cambios, exacerbándose riesgos distintos a los tradicionalmente concebidos (riesgos físicos, químicos, o biológicos), de naturaleza psicosocial, como el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o Burnout.⁽⁵⁾

El síndrome de Burnout (anglicismo) que en español es conocido como el “síndrome de estar quemado”, “síndrome de agotamiento profesional”, o “síndrome de desgaste profesional”. Es descrito como un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la

persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios. Con síntomas que los denominó “desgaste del personal” y los conceptualizó como una sensación de agotamiento y pérdida de interés por la actividad laboral surgida de las profesiones que mantienen contacto diario con las personas.⁽⁶⁾ Es así que el término "Burnout", hace referencia a una disfunción psicológica que parece suceder de forma más común, entre los trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente. Es la consecuencia de altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas actitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas. Supone un coste personal, organizacional y social importante.⁽⁷⁾

Inicialmente se plantea que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico producido en el entorno laboral y que trasciende los síntomas no sólo en el contexto organizacional, sino a nivel del individuo. Algunos autores concuerdan en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico acompañada de sentimientos, actitudes y cogniciones que traen alteraciones psicofisiológicas, y negativas secuelas para las instituciones laborales.^(6,8) Se ha venido presentado en las diferentes ocupaciones, especialmente en los sectores administrativos, en los profesionales sanitarios (auxiliares, médicos, enfermeras), profesionales de la educación (profesores, maestros, educadores o cuidadores), psicólogos, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones y policías.^(6, 14)

La prevalencia del síndrome de Burnout es muy variable según la población estudiada, los profesionales más afectados, serían los que trabajan en atención primaria, en esto se incluyen a los médicos familiares y a enfermeras.^(10,11,12) La prevalencia en los profesionales sanitarios en el Perú es 4.3%.⁽⁴⁾ Otro estudio realizado en médicos generales reporta una prevalencia a nivel mundial entre el 43% y 45%, y en residentes entre 47% a 76%,⁽¹⁾ otros estudios muestran un rango de 18% hasta 80.2%.⁽²⁾

El constructo de “Burnout” queda así definido como una disfunción personal y profesional en un contexto laboral básicamente de tipo asistencial.

Probablemente gran parte del éxito que ha tenido el término procede del hecho de que un número considerable de profesionales, asistenciales y no asistenciales, se reconocían en los términos descritos. El “Burnout” se presentaba como la descripción de un problema generalizado en múltiples profesiones, que afectaba a la satisfacción laboral, la implicación profesional, la eficacia y la calidad laboral.⁽⁷⁾

El síndrome de Burnout fue introducido a la psicología social por Cristina Maslach en 1976, lo que le permitió una definición tridimensional del Burnout.⁽⁶⁾

La aportación operativa de Maslach y Jackson (1981) definiendo el “Burnout” mediante su cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional, proporciona un instrumento que permitía evaluar los niveles del problema.^(2,9)

- El agotamiento emocional, referido al excesivo esfuerzo físico junto a la sensación de tedio emocional, producto de las continuas interacciones que los médicos mantienen entre ellos y con sus pacientes.
- La despersonalización, percibida como el desarrollo de respuestas inapropiadas hacia los pacientes y actitudes negativas e indiferentes hacia el entorno laboral.
- Baja realización personal, manifestada en sentimientos de fracaso, pérdida de confianza en sí mismo y negativo autoconcepto que conlleva a sentimientos de incompetencia en el trabajo.

Maslach ⁽¹⁹⁾ sostiene que la condición para desarrollar síndrome de Burnout está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales, e identifica seis factores:

1. Sobrecarga laboral: número de horas, falta de claridad en las horas de descanso laboral y ambientes inadecuados.
2. Falta de control: sobre la propia tarea, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma de decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos por precariedad o faltantes.
3. Insuficiente reconocimiento de la labor: ambigüedad en el desempeño de roles.

4. Sensación de injusticia: por condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral.
5. Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo: ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales.
6. Conflicto de valores: entre los valores personales y los de la organización.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1981, Maslach y Jackson 1986) es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. En su versión original (Maslach y Jackson 1981), la escala constaba de dos formas para valorar los ítems: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad, porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación ($r = 0.73$ con una media de $r = 0.56$). La razón de mantener el formato de frecuencia es por su similitud con el utilizado en otras medidas de tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.⁽¹⁵⁾

Este inventario se divide en tres subescalas que miden tres factores ortogonales cada una, denominados: Subescala de agotamiento emocional, consta de 9 preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, puntuación máxima 54. Subescala de despersonalización, está formada por 5 ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad, insensibilidad, distanciamiento entre sí mismo y al que recibe el servicio en diversos aspectos del trabajo. Puntuación máxima 30. Subescala de realización personal, se compone de 8 ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, puntuación máxima 48. Obteniéndose en ellas una puntuación

estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.⁽¹⁵⁾

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Cada enunciado pertenece a una de las tres dimensiones que se valoran con una escala tipo Likert de siete puntos, siendo 0 nunca y 6 todos los días, que se relacionan con la frecuencia con la que se experimentan. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Gil-Monte P. 2002. En su estudio concluyen: sobre la importancia de que los gestores de personal en sanidad tengan presente la diferencia de género. Los profesionales de enfermería varones experimentan significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que sus colegas femeninas y mayor inclinación al absentismo. Asimismo, sus niveles de despersonalización fueron significativamente mayores, la sobrecarga laboral aparece como un predictor significativo de agotamiento emocional, pero no de realización personal en el trabajo, en el caso de ambos sexos.⁽¹⁴⁾

Guevara C, Penao D y Herrera J. 2004. En su estudio encontraron una mayor intensidad de desgaste profesional (muestra de internos y residentes). Les causo atención la asociación existente entre percepción de la dinámica familiar, el número de turnos semanales y la presencia de desgaste profesional. Los mayores requerimientos de tiempo necesarios para la formación académica limitan la vida de pareja, el desempeño frente al papel de padre o madre. Los médicos realizaban entre dos a tres turnos nocturnos semanales, lo cual se asociaba con mayor frecuencia de desgaste profesional y percepción de un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado.⁽¹⁶⁾

Niku K. Thomas y cols. 2004. Revisión sistemática que abordan el nivel de Burnout y los factores personales y de trabajo asociados, problemas de salud y de rendimiento, y los recursos y las intervenciones en los residentes de medicina. Se identificaron un total de 15 artículos heterogéneos sobre Burnout en residente. Los estudios sugieren que los niveles de Burnout son altos entre los residentes y pueden estar asociados con la depresión y la atención al paciente problemático. Sin embargo, los datos actualmente disponibles no son suficientes para identificar las relaciones causales y no apoyan el uso de las características demográficas o de personalidad para identificar en riesgo en los residentes.⁽¹⁷⁾

Martini – Arfken y cols. 2006. En su estudio para evaluar si con la implementación del límite de horas para residentes habría una disminución de la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina, se observaron que la prevalencia en aquellos que trabajaron más de 80 horas a la semana era de 69.2%; mientras que los que trabajaban menos de 80 horas a la semana tenían una prevalencia del 38.5%. También notaron que los residentes de primer año que trabajaban más de 80 horas a la semana presentaron un 77% y los que trabajaban menos de 80 horas a la semana presentaron un 43%.⁽¹⁸⁾

Fernández y cols. 2007. Realizaron un estudio en 58 médicos residentes que realizaban guardias en urgencias, para determinar el grado de desgaste profesional. La edad oscila entre 25 y 28 años. El 50% eran residentes de

medicina de familia. Refiere valores de despersonalización alto en 43 (74%), cansancio emocional alto en 35 (60%), realización personal bajo en 41 (71%). Los residentes que no libraban las guardias registraron puntuaciones medias significativamente más altas de despersonalización; el 93% presentan Burnout (moderado 50%, alto 43%). No hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Burnout en relación al sexo, edad, año de residencia, especialidad ni número de guardias. Respecto a la edad, los residentes más jóvenes obtienen puntuaciones más altas de realización personal y cansancio emocional.⁽²⁰⁾

Contreras y cols. 2008. En su tesis encontraron dentro de las características de la población la edad estuvo entre 26 y 30 años, solteros y sin hijos; que pertenecían a medicina interna y cirugía. No encontraron relación entre sexo y SB, encontrándose una prevalencia de SB del 70.3 % entre los sujetos solteros y de 50 % entre los sujetos casados demostrando una significancia estadística, pero una débil asociación de las variables. No encontramos relación entre el estado de SB y el año de resindentado, presentándose en más del 50% de los grupos en cada caso, no existe relación entre estas especialidades médicas y el estado de Burnout. Hay una diferencia significativa entre las horas de trabajo y el SB, entre más horas de trabajo mayor prevalencia de SB. No existe relación entre el número de pacientes a su cargo y el estado de Burnout. Según las dimensiones de CE alto el 53.4%, DP alto el 26.3 % y 61.9 % con RP bajo.⁽²¹⁾

Paredes O y Sanabria-Ferrand P. 2008. En su estudio encontraron que la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de las especialidades médico quirúrgicas era del 12,6%, los residentes presentaron un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el Burnout y el bienestar psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. No encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y laborales. En su estudio también refieren que las variables del ambiente laboral, pero sobre todo las de tipo motivacional y personal, como son las habilidades de afrontamiento, inciden de manera más directa sobre el síndrome que las características demográficas de los

sujetos. El bienestar psicológico se correlacionó con todas las subescalas del síndrome excepto con la despersonalización; este hallazgo lo explican porque se trata de un componente usado por los profesionales como mecanismo de adaptación a las demandas y al contexto laboral. El estudio resalta la relación que se encontró entre las horas de turno en el hospital (18-24 horas) y los componentes del bienestar psicológico, ya que el alto número de turnos semanales afectó directamente este aspecto en los residentes.⁽²²⁾

Pereda-Torales y cols. 2009. Refieren en su estudio que las cifras de prevalencia del síndrome de Burnout reportadas por otros estudios realizados en México entre el personal médico van desde el 42.3% y 44% hasta 50%, en esta investigación son significativamente menores siendo el cansancio emocional el más afectado; todas las asistentes médicas presentaron alteradas al menos dos subescalas del Síndrome de Burnout. Los trabajadores casados tienen un riesgo mayor para presentar alteraciones en cada una de las escalas que valora el Burnout, lo que no sucede con los trabajadores que no tienen pareja. El trabajar en el turno vespertino y ofrecer el servicio de consulta externa también estuvo relacionado con mayor predisposición a padecer el síndrome, y un mayor nivel de Burnout en profesionales con mayor edad. Por lo que concierne a la despersonalización y a la realización personal, éstas se presentaron en trabajadores cuya antigüedad laboral era mayor.⁽²⁴⁾

Fonseca M y cols. 2009. Realizaron un estudio entre todos los residentes del Hospital Clínic de Barcelona. 132 (45.5%) respondieron la encuesta. El 40,2% de los encuestados presentaron cansancio emocional, el 64,4% despersonalización y el 39,4% falta de realización personal. Se consideró que el 69,7% de los residentes se encontraban en situación de Burnout. Aunque no existió ninguna asociación estadísticamente significativa, se observó una tendencia a incrementarse dicho cansancio emocional entre los residentes que no libraban (o lo hacían ocasionalmente) tras la guardia ($p=0,08$). Más de dos tercios de los residentes presentan criterios de *Burnout* evaluado a través del MBI, el cual únicamente se asocia de forma

significativa al hecho de realizar más de 4 guardias mensuales. El número total de guardias se asocia de forma directa con el cansancio emocional pero no con la despersonalización ni con el grado de realización personal.⁽²⁵⁾

Estela-Villa L y cols. 2010. El SB (Síndrome de Burnout) estuvo presente en más de la mitad de los internos de medicina de la UPCH. La presencia de enfermedad mental y ausencia de actividades extracurriculares se asociaron a las dimensiones del SB. En cuanto a las dimensiones del SB el nivel alto de DP resultó ser el más prevalente. Al evaluar los promedios de los puntajes obtenidos en cada dimensión hallamos asociación significativa entre presencia de enfermedad mental y niveles altos de DP y AE, mientras la ausencia de actividades extracurriculares se asoció a elevados puntajes en AE. La presencia de enfermedad mental supone un estado vulnerable a cualquier fuente de estrés.⁽²⁶⁾

Valenzuela A. 2010. Concluye en su tesis que la prevalencia del Síndrome de Burnout en la población estudiada de la Red de Salud de Barranco Chorrillos y Surco es del 12%. Un factor de riesgo importante para desarrollar Burnout es la condición laboral de contratado. La despersonalización ha sido dentro de las tres características del Burnout la característica más resaltante dentro del grupo estudiado. El perfil de riesgo que se puede mencionar con los hallazgos observados es que el personal en riesgo sería: soltero(a), con 1 hijos, técnico y/o auxiliar, con un rango de edad de 41 a 50 años, contratado, con un tiempo de servicio de 6 a 15 años, con un tiempo en su trabajo actual de 6 a 10 años y con un solo trabajo.⁽²⁷⁾

Camacho A y cols. 2010. En su estudio buscaron determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de Pre y Postgrado de un Hospital General (IMSS) (Morelos-México). El 92.5% comentó no contar con los materiales suficientes para la realización de su trabajo, lo que fue relacionado con altos niveles de Desgaste psíquico, en la población estudiada muestran niveles bajos de Conflictos interpersonales; sin embargo, presentan niveles altos de Sobre involucramiento. Refieren que la prevalencia del Síndrome de Burnout encontrada en su estudio es muy baja

comparada con otros estudios, resaltan que es importante: en las dimensiones de Desgaste psíquico el 74.4% de los participantes en este estudio alcanza niveles altos, en la dimensión de Indolencia el 13.6%, y en Culpa el 9.8%.⁽²⁸⁾

Cáceres G y cols. 2010. Estudiaron la situación de estrés en residentes de diferentes especialidades y su comparación entre ellas. Participaron 190 residente. El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue un formulario de autollenado anónimo adaptado por Enrique Frutos Ortiz del Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Bernardo Moreno Jiménez y colaboradores, surgido de modificaciones realizadas por dicho grupo al Maslach's Burnout Inventory Manual 1996 con la finalidad de adaptarlo a hispanoparlantes, y validado por Rivera Delgado en Cuba. La muestra estudiada presentó un nivel moderado de estrés. El estrés entre los médicos residentes fue del 25% (26,31%), de los residentes encuestados se encuentra con niveles de estrés manifiesto a grave, más aún en los de tocoginecología donde existe la mayor cantidad de casos graves.⁽²⁹⁾

Apaza E y cols. 2011. En su estudio, refieren que la mayoría de profesionales presentaban bajos niveles de Burnout, similar en varones y mujeres, se desarrolló en el adulto joven principalmente menor de 35 años, y se evidencio correlación negativa débil en agotamiento emocional. Las características sociodemográficas y laborales de los médicos psiquiatras, no establecieron relación significativa con la aparición de Síndrome de Burnout.⁽³⁰⁾

Rosales Y y Cobos D. 2011. En su estudio donde buscaron diagnosticar el Síndrome de Burnout en los trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados (Cuba), los porcentajes bajos en las dimensiones de CE y DP representan la mayor puntuación, al contrario de lo que ocurre en la RP, donde los más altos valores se encuentra en la categoría de alto, refieren que quizá está condicionado por la muestra de todos los niveles de escolaridad. El SB fue más frecuente en mujeres, trabajadoras de oficina de nivel superior y medio superior entre los 26 y los 52 años. La dimensión de

CE se encuentra distribuida según nivel de escolaridad, siendo mayor en el nivel de técnico medio por lo que el CE está directamente relacionado con la actividad laboral que desempeñan. En relación con la RP, se obtuvieron valores por encima de los 20 puntos en todos los trabajadores con SB sin distinción de nivel de escolaridad. No se obtuvieron diferencias significativas entre los TO y TP diagnosticados con el SB en grado alto, lo que nos demuestra que un factor determinante no es solo la actividad laboral que desempeñan, sino el ambiente laboral donde ocurre.⁽³¹⁾

Mariños y cols. 2011. Realizaron un estudio en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia, para determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout (SB) y síntomas depresivos en 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de 31 +- 4.4 años. La frecuencia de SB fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y SB. No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o SB. Según la especialidad los residentes de medicina y pediatría presentaban más SB, según sexo son las mujeres, y en residentes de menor año.⁽³²⁾

Montoya P y Moreno S. 2012. Realizaron una revisión de artículos científicos y teóricos relacionados con los conceptos o constructos denominados Síndrome de Burnout, Estrategias de Afrontamiento y Engagement en las diferentes bases de datos, concluyen parcialmente según su revisión teórica hasta el momento del estudio que se encuentra una relación entre el SB, las EA y el engagement, lo que implica que situaciones laborales estresantes llegan a facilitar presencia de sintomatología de SB cuando las EA asumidas por la persona son centradas en la evitación y en la emoción, lo cual está en concordancia tanto con una baja autoeficacia, ausencia de control emocional y locus de control externo, así como con el tipo de personalidad.⁽⁶⁾

Ayala A, Antezana P y Yllatopa E. 2012. En su estudio refiere que el Síndrome de Burnout es prevalente 10% en asistentes y residentes de

anestesiología en el Hospital Carrión. Encontraron correlación positiva entre el agotamiento emocional y las horas/anestesia por semana, y dos correlaciones negativas entre la despersonalización, y la edad y el número de hijos (mayor edad y número de hijos menos probabilidad de despersonalización), y a mayor horas/semana de anestesia mayor agotamiento emocional. El estar casado brinda una “protección” por estar asociado con niveles altos de realización personal y en el trabajo.⁽³³⁾

Vásquez-Manrique J, y cols. 2014. Realizaron un estudio para determinar la frecuencia del síndrome de Burnout en trabajadores del servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Encontraron que la frecuencia del síndrome de Burnout fue de 3,71%, sin embargo este estudio también exploró la relación del síndrome de Burnout con variables sociodemográficas y laborales, concluyendo que los trabajadores de este lugar podrían tener un clima laboral saludable que permitiría mantener una buena calidad de vida a pesar de las exigencias del trabajo diario y la gran demanda de pacientes que tiene el Servicio de Emergencia Pediátrica. La despersonalización en trabajadores con menos tiempo laboral presentaron niveles altos, los autores refieren que se podría fundamentar por la falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de este síndrome. El grado de *realización personal* tiene relación estadísticamente significativa con la condición laboral y el sexo de los participantes.⁽³⁴⁾

Hasan y cols. 2015. En su estudio compararon los niveles de Burnout y los factores demográficos, buscando identificar los factores que conducen a mayor desgaste profesional entre los médicos de atención secundaria. El estudio se llevó a cabo en 230 médicos. Una encuesta se evaluó mediante el Maslach Burnout Inventory. Se encontró un nivel alto 43,1% de cansancio emocional, el 26,7% con nivel alto de despersonalización y el 51,5% dijo tener un nivel bajo de realización personal. El perfil de una persona con Burnout alto tenían entre 30-40 años, casado y sin hijos.⁽³⁵⁾

3. JUSTIFICACIÓN

La escasez de investigaciones en residentes en el Hospital Arzobispo Loayza justifica el estudio; por lo cual, el estudio constituye un importante paso para poder objetivar la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de medicina, y su relación con variables sociales, el entorno laboral y los niveles en que estos factores contribuyen a desarrollar este síndrome. Uno de los efectos negativos de la carga laboral de médicos residentes, para su seguridad y mejora en la calidad de la atención de los pacientes. Pues, siendo los residentes de medicina profesionales en formación que están en interrelación y contacto con otras personas, con muchas horas de trabajo, son ellos más susceptibles a desarrollar el síndrome conduciendo a una extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno y a su cargo como los pacientes. Por tanto, el estrés en el residentado es casi inevitable y será parte influyente en la formación, que es importante cuantificar y determinar si se desencadena en un síndrome como el Burnout.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout entre los residentes de medicina de 2do y 3er año.
2. Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de medicina según variables socioeconómicas y ocupacionales.
3. Determinar la relación entre el síndrome de Burnout y las variables socioeconómicas y ocupacionales.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

a. Tipo de investigación

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal.

b. Población

Médicos residentes de medicina de 2do y 3er año de todas las especialidades del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015.

c. Muestra

91 residentes de medicina de 2do y 3er año.

Criterios de inclusión:

- Todos los residentes de medicina que firmaron el consentimiento informado.
- Residentes de Medicina de segundo y/o tercer año.

Criterios de exclusión:

- Residentes de medicina que se encontraban en una rotación externa.
- Residentes que no tenían contacto directo con pacientes (radiología, administración en salud y patología),
- Residentes que estaban de vacaciones, permiso por enfermedad o gestación y a los que se negaron a participar.

d. Operacionalización de Variables**Dependiente:**

- Síndrome de Burnout: Estado de agotamiento físico y emocional, en personal expuesto a trabajos con sobrecarga y responsabilidad en contacto con otras personas. Esta se divide en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal: Se define el síndrome de Burnout sumando el valor de las tres dimensiones puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal.

Independientes:**Variables socioeconómicas:**

- Edad: Años de vida al momento del estudio. Variable cuantitativa, escala continua. Indicadores: 25 a 29 años, 30 a 34 años, 35 a 39 años, 40 a 44 años, 45 a 49 años, 50 a más.
- Sexo: Características fenotípicas de los residentes de medicina evaluados. Variable cualitativa, escala nominal categórica. Indicadores: femenino y masculino.

- Estado civil: vínculo legal que tiene el residente de medicina. Variable cualitativa, categórica. Indicadores: soltero, casado, divorciado, conviviente, otros.
- Ingresos económicos: Percepciones de dinero mensuales. Variable cuantitativa, escala intervalo. Indicadores: en soles

Variables ocupacionales:

- Número de horas laborales: Promedio de tiempo en horas que son utilizadas cada día a trabajar. Variable cuantitativa, escala numérica continua. Indicadores: Menos de 8 horas, de 8 a 10, de 10 a 12, 12 a 14, 14 a 16, 16 a 18.
- Número de pacientes atendidos diariamente: Cantidad de pacientes que son atendidos diariamente por cada residente. Variable cuantitativa, continua. Indicadores: menor a 10, de 10 a 15, 15 a 20, 20 a 25, de 25 a más.
- Número de guardias semanales:

e. Técnicas y procedimientos

Se utilizó una encuesta compuesta de 2 partes, la primera parte de datos personales y de variables sociodemográficas, la segunda parte El Maslach Burnout Inventory – HSS. La cual fue entregada a cada residente que firmo el consentimiento informado. (Anexo 1).

El Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), que es una encuesta reconocida y validada para la medición del síndrome de Burnout en su versión para profesionales de la salud.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), se plantea al sujeto 22 afirmaciones que permitirán valorar sus sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, y que deberán ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de

Likert que presenta 7 opciones (0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días.

Importante indicar al encuestado que las opciones presentadas en la escala se refieren a la frecuencia con la que sucede la afirmación correspondiente.

Posteriormente cada encuesta es evaluada para detectar y medir la existencia del Burnout en el residente. De la factorización de los 22 ítems resultan 3 factores medibles por medio de escala que se denominan:

- Cansancio o Agotamiento emocional (CE): Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización (DP): Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización personal (RP): Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el Burnout.

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	18 o -	19-26	27 o +
Despersonalización	5-10-11-15-22	5 o -	6-9	10 a +
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	33 o -	34 - 39	40 a +

Para diagnosticar al sujeto con Síndrome de Burnout, este debe tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de RP debe ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

f. Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del proyecto y permisos para la investigación del departamento de docencia e investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Memorandum N° 635 – 15/HNAL-OADel-2015). (Anexo2)

En esta investigación se siguieron los principios básicos de Ética y Bioética, se respetó el principio de autonomía, la participación en la investigación con el llenado de las encuestas fue de manera libre y voluntaria. Se solicitó el respectivo consentimiento informado a cada residente que aceptó participar en el estudio (Anexo 3). Las encuestas fueron de carácter anónimo.

g. Plan de procedimientos y análisis de datos

Todas la fichas fueron solamente revisadas por el investigador y guardadas en un sobre cerrado hasta el momento de procesar los datos.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos a través de las encuestas utilizando el programa Excel 2007, se presentan tablas, cuadros y pasteles para ver la distribución de frecuencia en cada caso.

Se realizó el análisis estadístico aplicando la prueba del Chi cuadrado y Pearson dependiendo del caso, utilizando el programa stata para evaluar la relación entre el síndrome de Burnout sus dimensiones, y las variables laborales y sociales estudiadas. (Se utilizó un nivel de significancia de $p < 0.05$) con un nivel de confianza del 95%).

6. RESULTADOS

En el estudio aceptaron participar en la investigación 91 residentes de medicina.

Tabla 1 resume las características socio-económicas de los participantes que conforman la muestra. El 74,7% (68/91) fueron de sexo masculino, el 60,5% (55/91) tuvieron menos de 35 años, el 60,4% (55/91) fueron solteros y el 91,2% (83/91) tuvieron ingresos aproximados a s/. 4000 soles por mes.

Tabla 1. Características socio-económicas de los 91 residentes participantes

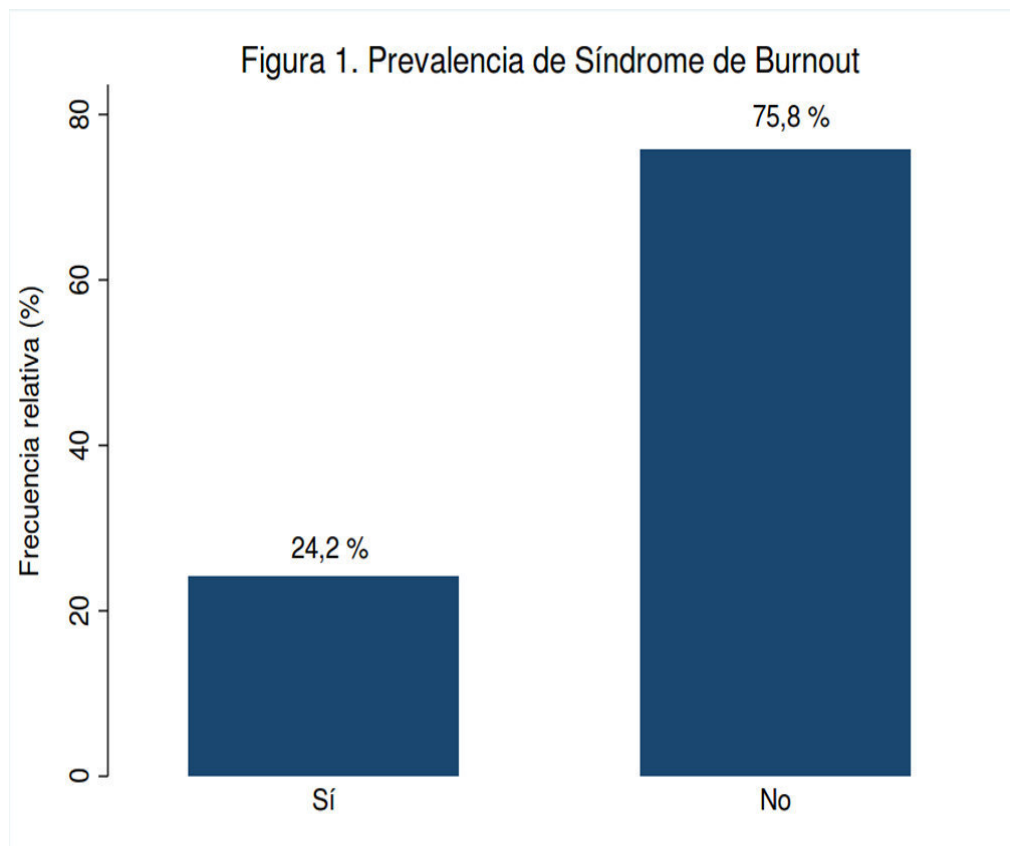
	N = 91	%
<i>Características socio-económicas</i>		
Sexo		
Femenino	23	25.3
Masculino	68	74.7
Edad (años)		
25-29	14	15.4
30-34	41	45.1
35-39	26	28.6
40-44	5	5.5
45-50	2	2.2
>50	3	3.3
Estado civil		
Soltero/a	55	60.4
Casado/a	23	25.3
Conviviente	13	14.3
Ingresos económicos mensuales, soles		
<3000	2	2.2
4000	83	91.2
5000	4	4.4
6000	2	2.2

Tabla 2 resume detalladamente las características laborales de los participantes que conforman la muestra. Siendo las especialidades de Medicina Interna y Ginecología las más frecuentes, ambas con 20,9% (19/91). Cirugía general fue la segunda más frecuente, con 19,8% (18/91). El 64,8% (59/91) de los residentes fueron de segundo año, el 84,7% (77/91) trabajaba jornadas laborales de 12 a más horas/día, el 71,5% (65/91) atendían de 20 a más pacientes/día y el 97,8% tenía más de dos guardias por semana.

Tabla 2. Características ocupacionales de los 91 residentes participantes

	N = 91	%
Característica ocupacionales		
Especialidad		
Cirugía General	18	19.8
Ginecología	19	20.9
Medicina Interna	19	20.9
Pediatría	9	9.9
Medicina intensiva	5	5.5
Gastroenterología	4	4.4
Traumatología	6	6.6
Otros	11	12.1
Año de residencia médica		
Segundo	59	64.8
Tercero	32	35.2
Número de horas laborales por día		
8-10	2	2.2
10-12	12	13.2
12-14	30	33.0
14-16	25	27.5
>16	22	24.2
Número de pacientes atendidos por día		
<10	4	4.4
10-15	9	9.9
15-20	13	14.3
20-25	16	17.6
25-30	20	22.0
>30	29	31.9
Número de guardias semanales		
1	2	2.2
2	87	95.6
3	1	1.1
4	1	1.1

El síndrome de Burnout según los criterios del “El Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)” se muestra en la **Figura 1** donde la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de medicina fue del 24,2% (22/91) y el 75.8% (69/91) no presentaron Burnout.



Se evaluó las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS): cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

Cuadro 1 se detalla la distribución e acuerdo a las dimensiones del síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; según categoría bajo, medio, alto.

Cuadro 1. Dimensiones del Síndrome de Burnout en los residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el mes de diciembre 2015.

DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	Niveles		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	18 o – 11% (10)	19-26 43% (39)	27 o + 46% (42)
Despersonalización	5 o – 13% (12)	6-9 29% (26)	10 a + 58% (53)
Realización personal	33 o – 33% (30)	34 – 39 27% (25)	40 a + 40% (36)

Figura 2. Prevalencia de cansancio emocional: 46.15% presentó un nivel alto, 42.86% medio, y bajo el 10.99%.

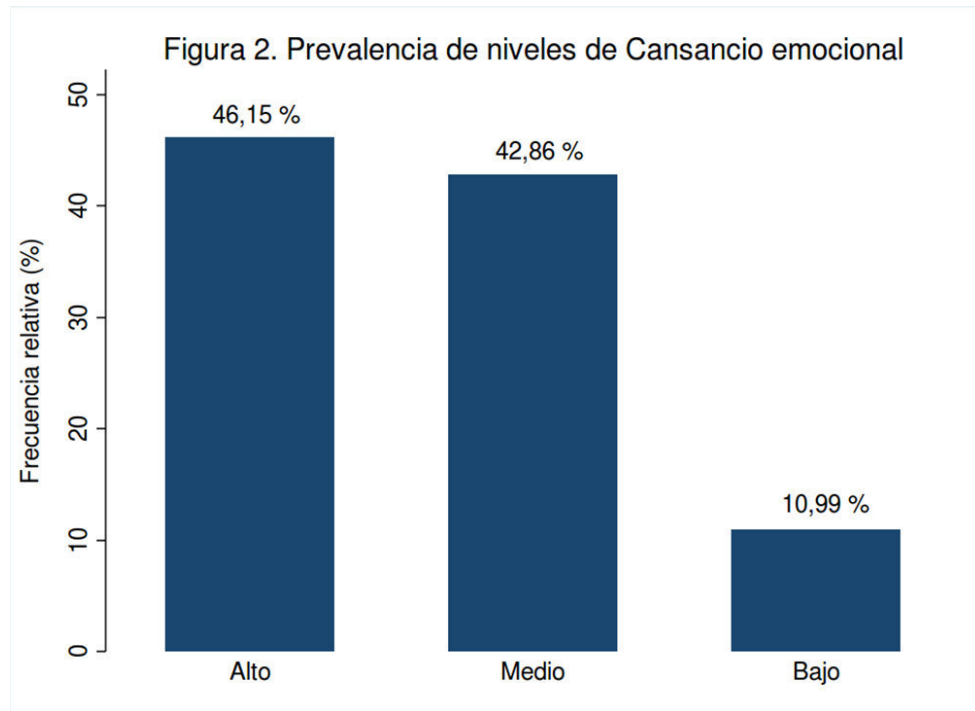


Figura 3 se muestra la prevalencia de la dimensión de despersonalización, se observa que el 56% presento un nivel alto, medio 28.6% y bajo 15.4%.

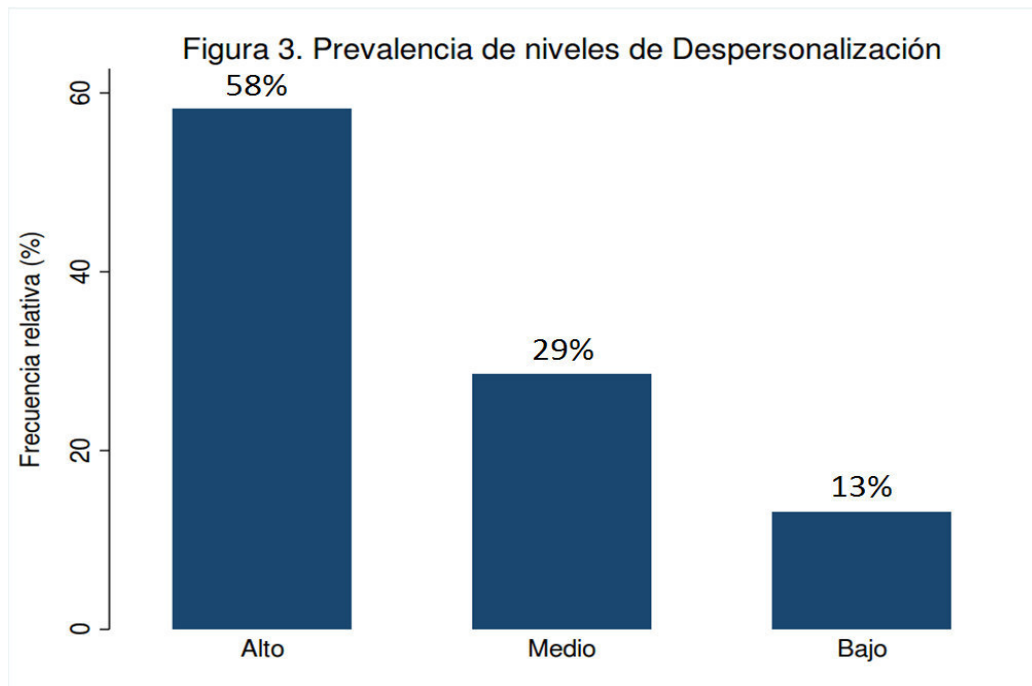
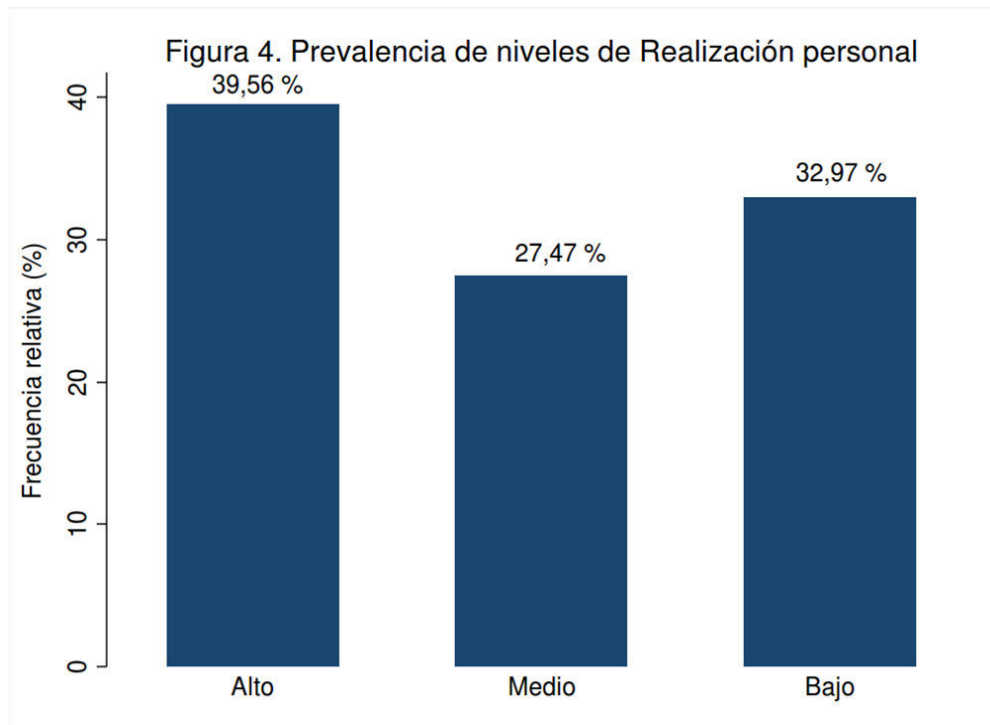


Figura 4 se muestra la prevalencia de niveles de realización personal: 39.56% fue alto, el 27.47% medio y bajo 32.97%.



En las siguientes figuras (fig.5 a la fig.12) se puede observar la distribución de los residentes con Burnout (22 residentes de medicina) según variables sociodemográficas y socioeconómicas. Siendo más frecuente el SB en hombres, solteros, con edad entre 25 y 34 años, solteros, con ingresos mayores a s/.4000, la especialidad más frecuente cirugía general, de 2do año, que labora más de 16 horas al día, atiende a más de 30 pacientes al día y realiza 2 guardias a la semana.

Figura 5 muestra la distribución por sexo de los 22 casos con Síndrome de Burnout, 7 mujeres y 15 hombres.

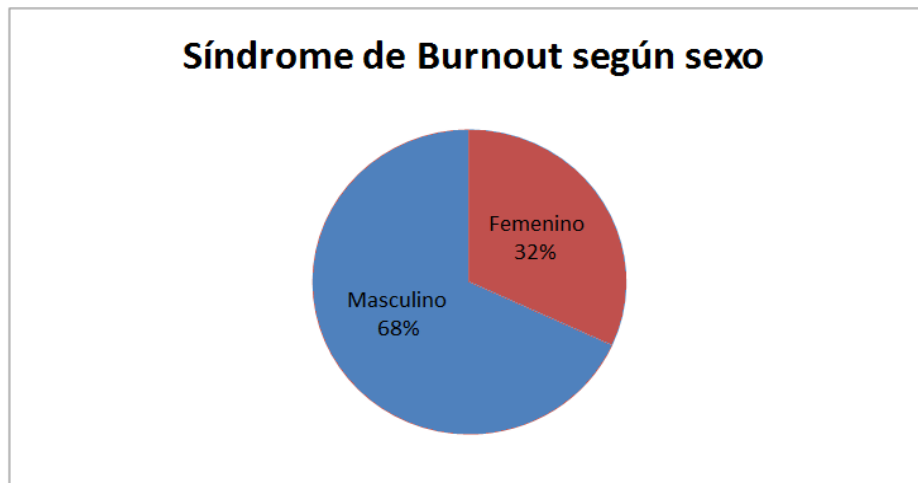


Figura 6 muestra la distribución por edad de los 22 casos con síndrome de Burnout.

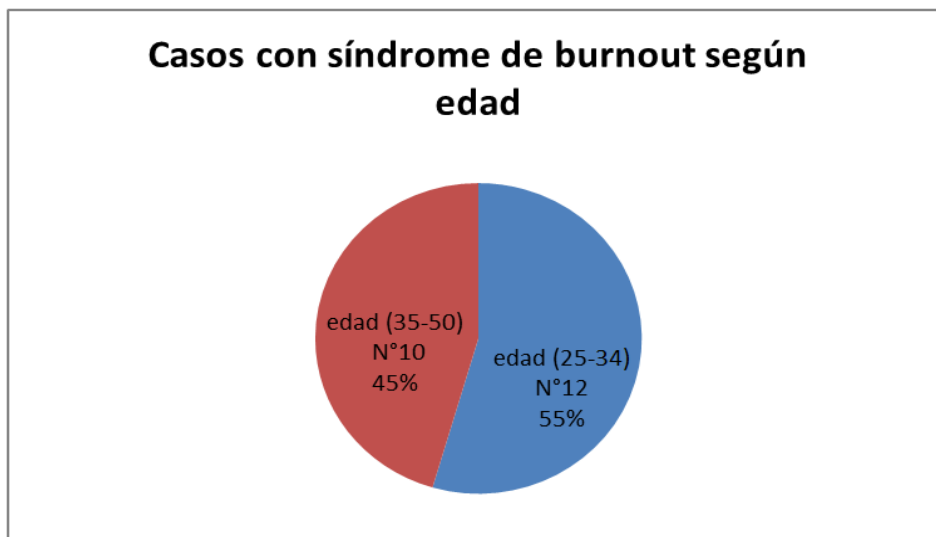


Figura 7 muestra la distribución por estado civil de los 22 casos con Síndrome de Burnout, solteros 15, casados 5, conviviente 1 y otros 1.

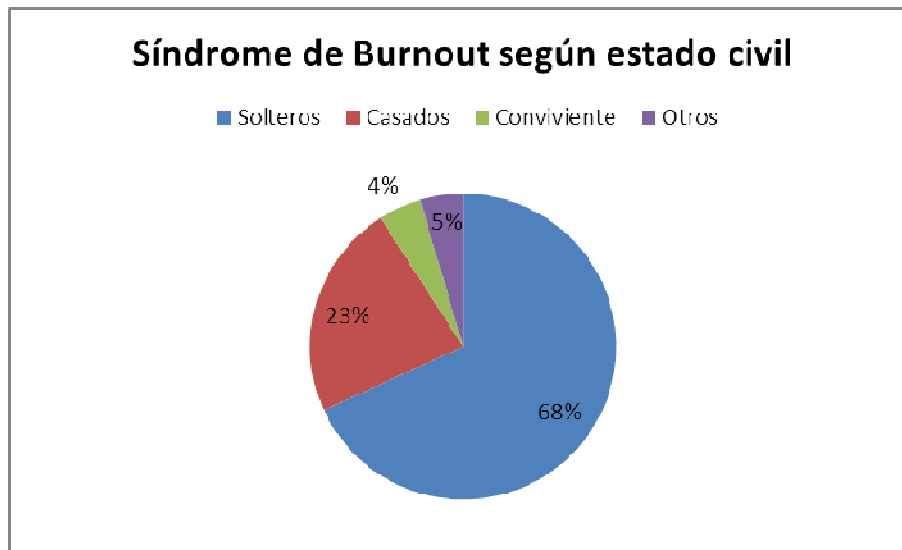


Figura 8 muestra la distribución de los 22 casos con Síndrome de Burnout según ingreso económico s/.4000 (21) y s/.5000 (1).

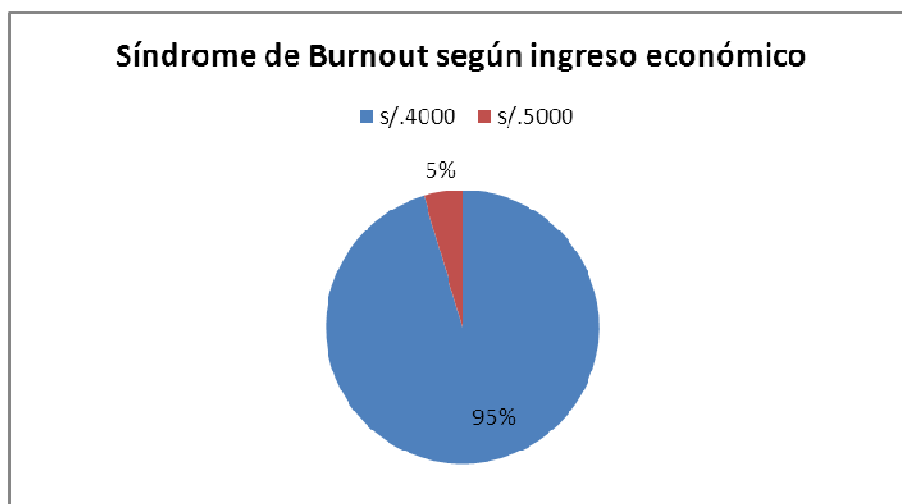


Figura 9 muestra la distribución de los 22 casos con Síndrome de Burnout según especialidad: cirugía general (8), ginecología (4), medicina interna (5), medicina intensiva (2), otros (3).

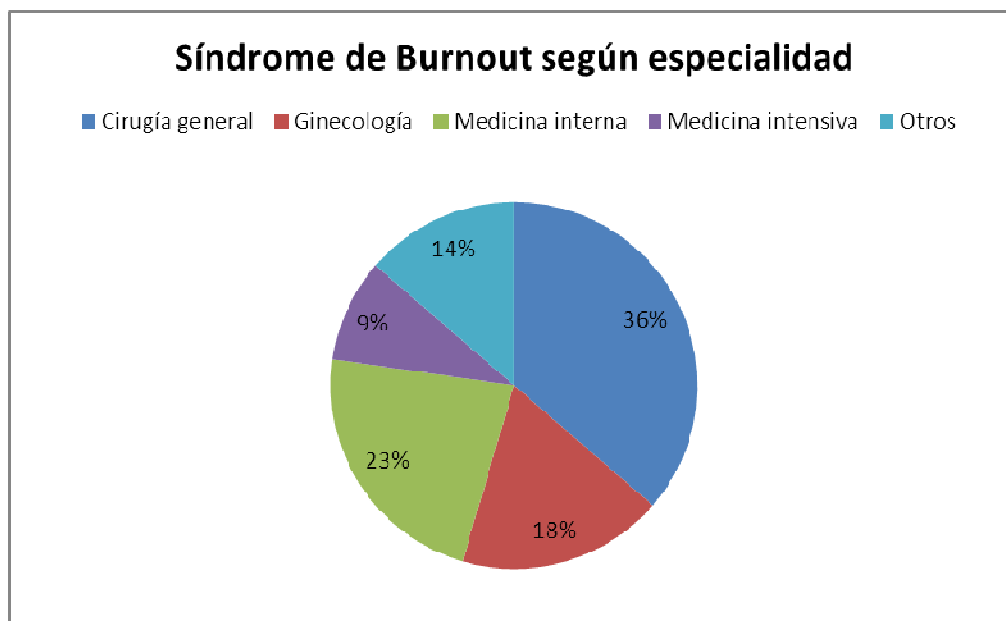


Figura 10 muestra la distribución de los 22 casos con Síndrome de Burnout según año de residentado: 2do año (19), 3er año (3).

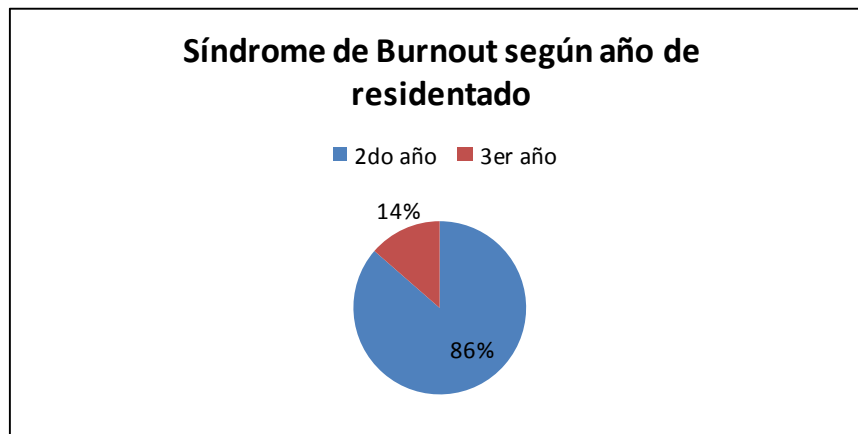


Figura 11 muestra la distribución de los 22 casos con Síndrome de Burnout según número de horas laborales al día: 10-12 (1), 12-14 (3), 14-16 (8), más de 16 (10).

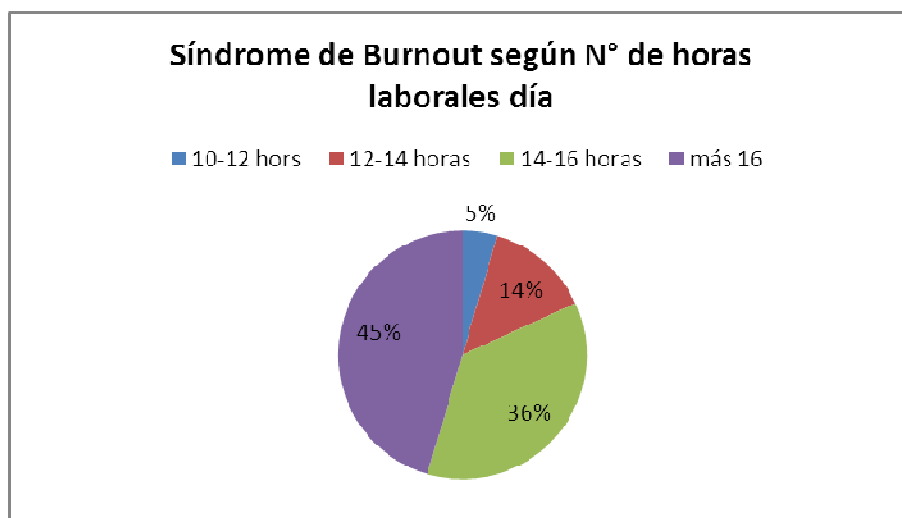
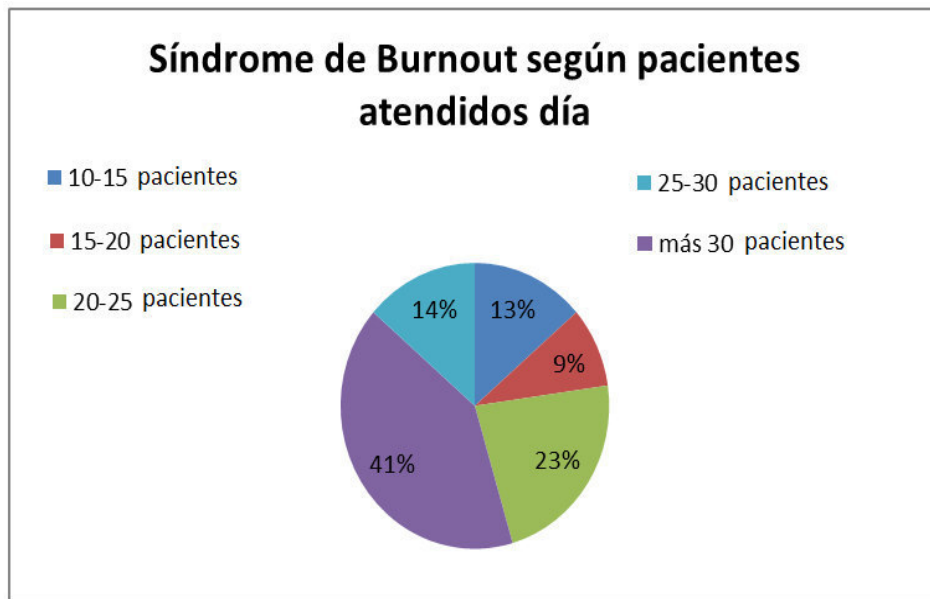


Figura 12 muestra la distribución de los 22 casos con Síndrome de Burnout según número de pacientes atendidos por día: 10-15 (3), 15-20 (2), 20-25 (5), 25-30 (3), más de 30 (9).



Se analizó la relación entre el Burnout y sus dimensiones en relación a las variables socioeconómicas y laborales, utilizando la prueba de chi2 y Fisher exact (frecuencia esperada era menor a 5).

Tabla 3 se muestra que no se encontró relación entre el síndrome de Burnout y alguna característica socioeconómica (sexo, edad, estado civil y ingresos económicos mensuales).

Tabla 3. Relación entre Síndrome de Burnout y características socio-económicas

	Síndrome de Burnout				valor p*
	Sí, n (%)		No, n (%)		
Sexo					
Femenino	7	31.82	16	23.19	0.597
Masculino	15	68.18	53	76.81	
Edad (años)					
25 a 34	12	54.55	43	62.32	0.690**
35 a >50	10	45.45	26	37.68	
Estado civil					
Soltero	15	72.73	39	56.52	0.263
Casada	5	22.73	18	26.09	
Conviviente	1	4.55	12	17.39	
Ingresos económicos mensuales					
<3000	0	0.00	2	2.90	>0.999
4000	21	95.45	62	89.86	
5000	1	4.55	3	4.35	
6000	0	0.00	2	2.90	

* Prueba exacta de Fisher, a menos que se especifique lo contrario.

**Prueba de chi2 de independencia.

Tabla 4 resume los resultados de la relación entre la prevalencia del síndrome de Burnout y las características ocupacionales. El ser residente de segundo año estuvo relacionado a una mayor prevalencia de síndrome de Burnout en comparación a ser residente de tercer año. Un mayor número de horas laborales por día estuvo relacionado a una mayor prevalencia de síndrome de Burnout. La especialidad; el número de pacientes y el número de guardias no estuvieron asociados con el síndrome de Burnout.

Tabla 4. Relación entre Síndrome de Burnout y características ocupacionales

	Síndrome de Burnout				valor p
	Sí, n (%)		No, n (%)		
Especialidad					
Cirugía General	8	36.36	10	14.49	0.148
Ginecología	4	18.18	15	21.74	
Medicina Interna	5	22.73	14	20.29	
Pediatría	0	0.00	9	13.04	
Medicina intensiva	2	9.09	3	4.35	
Gastroenterología	0	0.00	4	5.80	
Traumatología	0	0.00	6	8.70	
Otros	3	13.64	8	11.59	
Residente					
Segundo	19	86.36	40	57.97	0.030
Tercero	3	13.64	29	42.03	
Número de horas laborales por día					
8-10	0	0.00	2	2.90	0.019
10-12	1	4.55	11	15.94	
12-14	3	13.64	27	39.13	
14-16	8	36.36	17	24.64	
>16	10	45.45	12	17.39	
Número de pacientes atendidos por día					
<10	0	0.00	4	5.80	0.564
10-15	3	13.64	6	8.70	
15-20	2	9.09	11	15.94	
20-25	5	22.73	11	15.94	
25-30	3	13.64	17	24.64	
>30	9	40.91	20	28.99	
Número de guardias semanales					
1	0	0.00	2	2.90	>0.999
2	22	100.00	65	94.20	
3	0	0.00	1	1.45	
4	0	0.00	1	1.45	

Fisher's exact
(p<0.05)

Relación entre las dimensiones del síndrome según El Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) y las características socio-económica.

Tabla 5 se muestra que ninguna característica socio-económica estuvo asociada a la dimensión cansancio emocional. Presentaron un nivel alto el sexo masculino, en edad 30-34 años, solteros, con ingreso mensual de s/.4000.

Tabla 5. Relación entre Cansancio emocional y características socio-económicas

	Alto		Medio		Bajo		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Femenino	13	30.95	10	25.64	0	0.00	0.107
Masculino	29	69.05	29	74.36	10	100.00	
Edad (años)							
25-29	7	16.67	5	12.82	12	20.00	0.419
30-34	15	35.71	21	53.85	5	50.00	
35-39	14	33.33	9	23.08	3	30.00	
40-44	1	2.38	4	10.26	0	0.00	
45-50	2	4.76	0	0.00	0	0.00	
>50	3	7.14	0	0.00	0	0.00	
Estado civil							
Soltero	27	64.29	24	61.54	4	40.00	0.250
Casado	11	26.19	10	25.64	2	20.00	
Conviviente	4	9.52	5	12.82	4	40.00	
Ingresos económicos mensuales							
<3000	0	0.00	2	5.13	0	0.00	0.160
4000	41	97.62	34	87.18	8	80.00	
5000	1	2.38	2	5.13	1	10.00	
6000	0	0.00	1	2.56	1	10.00	

Fisher's exact
(p < 0.05)

Tabla 6 se muestra que ninguna característica socio-económica estuvo relacionada a la dimensión despersonalización. Presentaron un nivel alto de DP: los de sexo masculino; residentes de edad entre 30-34 años; los solteros y quienes tengan ingresos de s/.4000.

Tabla 6. Relación entre Despersonalización y características socio-económicas

	Alto		Medio		Bajo		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Femenino	13	24.53	6	23.08	4	33.33	0.835
Masculino	40	75.47	20	76.92	8	66.67	
Edad (años)							
25-29	9	16.98	4	15.38	1	8.33	0.633
30-34	19	35.85	14	53.85	8	66.67	
35-39	18	33.96	6	23.08	2	16.67	
40-44	4	7.55	0	0.00	1	8.33	
45-50	1	1.89	1	3.85	0	0.00	
>50	2	3.77	1	3.85	0	0.00	
Estado civil							
Soltero	33	62.26	15	57.69	7	58.33	0.555
Casado	15	28.30	6	23.08	2	16.67	
Conviviente	5	9.43	5	19.23	3	25.00	
Ingresos económicos mensuales							
<3000	1	1.89	1	3.85	0	0.00	>0.999
4000	48	90.57	23	88.46	12	100.00	
5000	3	5.66	1	3.85	0	0.00	
6000	1	1.89	1	3.85	0	0.00	

Fisher's exact
(p<0.05)

Tabla 7 se muestra que ninguna característica socio-económica estuvo relacionada a la dimensión de realización personal. Presentaron un nivel bajo: los de sexo masculino; residentes de edad entre 30 y 34 años; los solteros y quienes tienen ingresos mensuales de s/.4000.

Tabla 7. Relación entre Realización personal y características socio-económicas

	Alto		Medio		Bajo		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Femenino	9	25.00	7	28.00	7	23.33	0.923*
Masculino	27	75.00	18	72.00	23	76.67	
Edad (años)							
25-29	3	8.33	4	16.00	7	23.33	0.153
30-34	23	63.89	8	32.00	10	33.33	
35-39	8	22.22	10	40.00	8	26.67	
40-44	2	5.56	1	4.00	2	6.67	
45-50	0	0.00	1	4.00	1	3.33	
>50	0	0.00	1	4.00	2	6.67	
Estado civil							
Soltero	20	55.56	14	56.00	21	70.00	0.13
Casado	7	9.44	8	32.00	8	26.67	
Conviviente	9	25.00	3	12.00	1	3.33	
Ingresos económicos mensuales							
<3000	1	2.78	0	0.00	1	3.33	0.967
4000	33	91.67	24	96.00	26	86.67	
5000	1	2.78	1	4.00	2	6.67	
6000	1	2.78	0	0.00	1	3.33	
Fisher's exct							
(p < 0.05)							
*Chi2							

Relación entre la dimensión cansancio emocional y características ocupacionales.

Tabla 8 se muestra que si existe relación entre cansancio emocional y la especialidad; el número de horas laborales; el número de pacientes atendidos por día. Presentaron un nivel alto de cansancio emocional: los de la especialidad de ginecología; residentes de segundo año; los que labora entre 14-16 horas día y quienes atiende más de 30 pacientes día.

Tabla 8. Relación entre Cansancio emocional y características ocupacionales

	Alto		Medio		Bajo		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Especialidad							
Cirugía General	11	26.19	6	15.38	1	10	0
Ginecología	14	33.33	5	12.82	0	0	
Medicina Interna	10	23.8	8	20.51	1	10	
Pediatría	0	0	8	20.51	1	10	
Medicina intensiva	2	4.76	2	5.12	1	10	
Gastroenterología	0	0	3	7.69	1	10	
Traumatología	0	0	2	5.12	4	40	
Otros	5	11.9	5	12.82	1	10	
Años de residencia médica							
Segundo	27	64.28	25	64.1	7	70	1
Tercero	15	35.71	14	35.89	3	30	
Número de horas laborales por día							
8-10	0	0.00	0	0.00	2	20.00	0.032
10-12	3	7.14	8	20.51	1	10.00	
12-14	11	26.19	15	38.46	4	40.00	
14-16	16	38.10	8	20.51	1	10.00	
>16	12	28.57	8	20.51	2	20.00	
Número de pacientes atendidos por día							
<10	0	0.00	2	5.13	2	20.00	0.001
10-15	6	14.29	0	0.00	3	30.00	
15-20	2	4.76	9	23.08	2	20.00	
20-25	9	21.43	5	12.82	2	20.00	
25-30	10	23.81	10	25.64	0	0.00	
>30	15	35.71	13	33.33	1	10.00	
Número de guardias semanales							
1	1	2.38	0	0.00	1	10.00	0.356
2	40	95.24	38	97.44	9	90.00	
3	0	0.00	1	2.56	1	0.00	
4	1	2.38	0	0.00	0	0.00	

Fisher's exact
(p < 0.05)

Tabla 9 se observa que solo se encontró relación entre especialidad y despersonalización y no se encontró relación con las otras variables. Presentaron un nivel alto: la especialidad de cirugía general; los de segundo año; residentes que labora más de 16 horas día y quienes atiende más de 30 pacientes día.

Tabla 9. Asociación entre Despersonalización y características ocupacionales

	Alto		Medio		Bajo		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Especialidad							
Cirugía General	14	26.42	3	11.54	1	8.33	0.018
Ginecología	13	24.53	5	19.23	1	8.33	
Medicina Interna	10	18.87	7	26.92	2	16.67	
Pediatría	1	1.89	5	19.23	3	25.00	
Medicina intensiva	3	5.66	1	3.85	1	8.33	
Gastroenterología	1	1.89	3	11.54	0	0.00	
Traumatología	3	5.66	0	0.00	3	25.00	
Otros	8	15.09	2	7.69	1	8.33	
Años de residencia médica							
Segundo	38	71.70	15	57.69	6	50.00	0.242*
Tercero	15	28.30	11	42.31	6	50.00	
Número de horas laborales-día							
8-10	1	1.89	1	3.85	0	0.00	0.115
10-12	8	15.09	2	7.69	2	16.67	
12-14	13	24.53	11	42.31	6	50.00	
14-16	13	24.53	10	38.46	2	16.67	
>16	18	33.96	2	7.69	2	16.67	
Número de pacientes atendidos-día							
<10	3	5.66	0	0.00	1	8.33	0.629
10-15	7	13.21	1	3.85	1	8.33	
15-20	8	15.09	2	7.69	3	25.00	
20-25	10	18.87	5	19.23	1	8.33	
25-30	9	16.98	8	30.77	3	25.00	
>30	16	30.19	10	38.46	3	25.00	
Número de guardias semanales							
1	1	1.89	0	0.00	1	8.33	0.551
2	50	94.34	26	100.00	1	91.67	
3	1	1.89	0	0	0	0.00	
4	1	1.89	0	0	0	0.00	

* Chi2

Fisher's exact
(p<0.05)

Tabla 10 Si existe relación entre realización personal y especialidad. El ser residente de segundo año estuvo relacionado a bajos niveles de realización personal. El número de horas laborales está relacionado a baja realización personal. Presentaron nivel bajo de realización personal de la especialidad de cirugía general; residentes de segundo año; los que laboran más de 16 horas día y quienes atienden más de 30 pacientes día.

Tabla 10. Relación entre Realización personal y características ocupacionales

	Alto		Medio		Bajo		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Especialidad							
Cirugía General	2	5.56	5	20	11	36.67	<0.000
Ginecología	5	13.89	8	32	6	20.00	
Medicina Interna	7	19.44	7	28	5	16.67	
Pediatría	9	25.00	0	0	0	0.00	
Medicina intensiva	0	0.00	1	4	4	13.33	
Gastroenterología	3	8.33	1	4	0	0.00	
Traumatología	6	16.67	0	0	0	0.00	
Otros	4	11.11	3	12	4	13.33	
Años de residente médica							
Segundo	17	47.22	16	64	26	86.67	<0.001
Tercero	19	52.78	9	36	4	13.33	
Numero de horas laborales-día							
8-10	0	0.00	1	4	1	3.33	<0.001
10-12	6	16.67	4	16	2	6.67	
12-14	19	52.78	7	28	4	13.33	
14-16	8	22.22	7	28	10	33.33	
>16	3	8.33	6	24	13	43.33	
Numero de pacientes atendidos-día							
<10	1	2.78	2	8	1	3.33	0.538
10-15	4	11.11	2	8	3	10.00	
15-20	8	22.22	2	8	3	10.00	
20-25	4	11.11	5	20	7	23.33	
25-30	11	30.56	4	16	5	16.67	
>30	8	22.22	10	40	11	36.67	
Numero de guardias semanales							
1	1	2.78	1	4	0	0.00	0.232
2	35	97.22	22	88	30	100.00	
3	0	0.00	1	4	0	0	
4	0	0.00	1	4	0	0	

Fisher's exact
(p<0.05)

7. DISCUSIÓN

En nuestro estudio definimos al síndrome de Burnout (SB) según los criterios del “El Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)” validado para personal de salud en lenguaje español ^(17,26). Encontramos una prevalencia de SB en residentes de medicina de 2do a 3er año de 24,2% (22/91). Mendez ⁽¹⁾ refiere que en los médicos residentes se reporta una prevalencia de 47% a 76%. Paredes ⁽²²⁾ refiere una prevalencia de 12.6 % de Burnout en los residentes de las especialidades médico quirúrgicas. Camacho ⁽²⁸⁾ también reporta niveles bajos de Burnout, al igual que Ayala ⁽³³⁾ (10%). Niku y cols. ⁽¹⁷⁾ en el 2004 realizaron una revisión de estudios de Burnout en residentes, encontrando que los estudios sugieren niveles de Burnout altos entre los residentes y pueden estar asociados con la depresión y la atención al paciente problemático. Cáceres en el 2010 reporta un 25%. Fonseca ⁽²⁵⁾ reporta que el 69.7% de los residentes de su estudio se encontraba en situación de Burnout. En nuestro país Mariños ⁽³²⁾ en el 2011 reporta una frecuencia de SB de 54.9%, que es mucho más alto al encontrado en nuestro estudio. Estos resultados son muy variables, lo que nos permite desprender que dependen del lugar, tiempo y hasta de los criterios utilizados para definir SB tornando muy difícil la comparabilidad de estos estudios.

Los residentes con síndrome de Burnout en nuestro estudio fueron principalmente de sexo masculino, lo cual concuerda con algunos estudios que refieren que el sexo es un factor sociodemográfico que puede influir en el SB; sin embargo, la mayoría de investigaciones muestra que no existe asociación estadística significativa con respecto al sexo. ^(21, 30, 37) Al igual que nuestro estudio Durante ⁽³⁷⁾ encontró que el SB era mayor en hombres. En

nuestro estudio los que presentaban SB eran solteros, Contreras ⁽²¹⁾ encontró que el 70% de los solteros tienen SB alto. La edad de los presentaron SB estuvo entre 25 y 34 años, similar a la encontrada por Fernández ⁽²⁰⁾ Contreras ⁽²¹⁾. Sin embargo no encontramos relación entre el síndrome de Burnout y alguna característica socioeconómica (sexo, la edad, el estado civil y los ingresos económicos mensuales). Paredes⁽²²⁾ también reporto similar resultado. Fernández también refiere que no hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Burnout en relación al sexo, edad. Martíni ⁽¹⁸⁾ indagaron este síndrome entre diferentes especialidades médicas de EE.UU. y concluyeron que el 50% de los residentes reunían criterios de síndrome de Burnout (rango: medicina familiar 27% y tocoginecología 75%) y se asoció al hecho de ser soltero, estar en primer año de la residencia y a presentar estrés e insatisfacción con la institución en la cual trabajaban.

Al evaluar variables laborales con SB, la especialidad más frecuente con SB fue cirugía general, Contreras ⁽²¹⁾ también refiere que pertenecían a medicina interna y cirugía, pero Mariños ⁽³²⁾ refiere que según la especialidad los residentes de medicina y pediatría presentaban más SB. En nuestro estudio los que presentaban SB estaban en 2do año, que labora más de 16 horas al día, atiende a más de 30 pacientes al día y realiza 2 guardias a la semana. Se encontró que el ser residente de segundo año estuvo asociado a una mayor prevalencia de síndrome de Burnout en comparación al de tercer año ($p = 0,030$) Fernandez ⁽²⁰⁾ no encontró relación con el año de residencia, Mariños ⁽³²⁾ encontró mayor SB en residentes de 1° y 2° año. Nuestra muestra presentó que un mayor número de horas laborales por día estuvo asociado a una mayor prevalencia de SB ($p = 0,019$). Martini ⁽¹⁸⁾ refiere que a mayor número de horas de trabajo a la semana y menor año de residencia mayor Burnout, similar a nuestro estudio. Contreras ⁽²¹⁾ no encontró relación entre el estado de SB y el año de residentado, ni relación entre estas especialidades médicas y el estado de Burnout, pero si entre más horas de trabajo mayor prevalencia de SB. En nuestro estudio la especialidad, el número de pacientes y el número de guardias no estuvieron asociados con el SB. Fernandez ⁽²⁰⁾ refiere que la especialidad ni el número

de guardias se relacionan. Sin embargo los mayores requerimientos de tiempo necesarios para la formación académica limitan la vida de pareja, el desempeño frente al papel de padre o madre, así lo refiere Contreras ⁽¹⁶⁾ que refiere que los médicos que realizaban entre dos a tres turnos nocturnos semanales se asociaba con mayor frecuencia de desgaste profesional.

Relación entre las dimensiones del síndrome según El Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). En nuestro estudio se obtuvo prevalencia según la dimensión de cansancio emocional (CE) de 46.15% nivel alto, despersonalización (DP) alto de 58% y realización personal (RP) bajo de 33%. Por lo tanto en nuestro estudio se encontró que en la muestra la dimensión más afectada es la despersonalización seguido del cansancio emocional, valores cercanos a los reportados por Contreras. ⁽²¹⁾ Guevara ⁽¹⁶⁾ reporta que el 85.3% de internos, residentes clínicos y residentes quirúrgicos en Colombia presentaban un índice de SB entre moderado y severo, siendo el componente de cansancio emocional el más afectado. Estos resultados difieren de lo encontrado en nuestro estudio.

Ninguna característica socio-económica estuvo asociada a CE. A pesar que no hay proporcionalidad entre la cantidad de residentes de ambos sexos, encontramos que ambos sexos presentaron un CE alto mujeres 56.5% y hombres 42.6%. Nivel alto y medio de CE estuvo en edad entre 30-39 años. CE alto en solteros. Si existe relación entre CE y la especialidad y ($p = 0.000$), el número de horas laborales ($p = 0.032$), el número de pacientes atendidos por día ($p = 0.001$). Presentaron un nivel alto de CE la especialidad de ginecología, de segundo año, que labora entre 14-16 horas día, que atiende más de 30 pacientes día.

Ninguna característica socio-económica estuvo asociada a la DP, presentaron un nivel alto el sexo masculino, edad entre 30-34 años, solteros, ingresos de s/.4000. Solo se encontró relación entre especialidad y despersonalización. Sin embargo se encontró que presentaron un nivel alto de despersonalización la especialidad de cirugía general, de segundo año,

que labora más de 16 horas día, que atiende más de 30 pacientes día y realiza 2 guardias a la semana.

Shanafelt ⁽³⁸⁾ en un estudio sobre residentes de medicina interna de EE.UU., informan elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional. Paredes ⁽²²⁾ obtuvo valores altos de despersonalización lo explican porque se trata de un componente usado por los profesionales como mecanismo de adaptación a las demandas y al contexto laboral. Valores altos de DP también encontramos en nuestro estudio, esta variable (DP) también Fonseca ⁽²⁵⁾ reporta un nivel alto en su estudio.

Al analizar nuestros datos, se cree que la presencia de un 33% de RP bajo es un factor condicionado por la dificultad de un horario flexible y problemas para organización laboral y actividades de aprendizaje, necesidades personales insatisfechas, todo ello debido a la demandas de tiempo que exige la residencia. Belloch ⁽³⁹⁾ describieron que en residentes de medicina interna la DP fue de 17,8%, el CE de 7,1% y la falta de RP de 23,2%. En nuestro estudio encontramos RP bajo de 33%. Ninguna característica socio-económica estuvo relacionada a la dimensión de RP. Presentaron un nivel bajo el sexo masculino, edad entre 30 y 34 años, solteros, ingresos mensuales de s/.4000. Los resultados muestran que si existe relación entre: RP y especialidad, presentando un nivel bajo cirugía general. El ser residente de segundo año estuvo relacionado a bajos niveles de RP. El número de horas laborales está relacionado a RP, presentaron un nivel bajo los que laboran más de 16 horas día. Según el número de pacientes niveles bajos de RP mostraron los que atiende más de 25 pacientes día.

Fernández ⁽²⁰⁾ obtuvo DP alto en 43 (74%), CE alto en 35 (60%), RP bajo en 41 (71%). Lo que difieren de nuestro estudio donde los valores de DP es el más alto, demostrandose que los niveles del Síndrome Burnout obtenidos son de valor considerable en los residentes donde la DP es el nivel más afectado, quizá como factor de adaptación condicionado por las demandas laborales, el alto número de paciente y gran cantidad de horas de trabajo.

8. LIMITACIONES

El presente estudio tiene algunas limitaciones a tener en cuenta.

Solo se pudo encuestar al 64.53% de los residentes de 2do y 3er año que laboraban en el hospital en el mes de diciembre. Esto debido a que el 19.14% se negaron a participar del estudio y el 16.31% no pudieron ser ubicados. Sin embargo no hay razón para suponer que esas personas son sistemáticamente diferentes como para afectar la validez de los resultados del estudio

Además el presente estudio se realizó en un hospital público de Lima, por lo que no hay garantía de que pueda generalizarse a otros centros de salud. Sin embargo, el presente autor confía en que los resultados puedan utilizarse en contextos similares como son otros hospitales públicos MINSA con similar organización y estructura.

9. CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de medicina del Hospital Arzobispo Loayza fue de 24.2% en el año 2015.
- Ninguna característica socioeconómica, estuvo relacionado a una mayor prevalencia de síndrome de Burnout
- El ser residente de segundo año; trabajar un número mayor de horas laborales día y atender mayor número de pacientes día estuvo relacionado a una mayor prevalencia de síndrome de Burnout.
- La especialidad médica, particularmente ser residente de ginecología, cirugía general y medicina interna; el trabajar un número mayor de horas laborales día y atender mayor número de pacientes día estuvo relacionado a una mayor prevalencia de cansancio emocional alto.
- La especialidad médica, particularmente ser residente de cirugía general y ginecología, estuvo relacionado a una mayor prevalencia de despersonalización alta.
- La especialidad médica, especialmente el ser residente de cirugía general; el estar en segundo año y trabajar un mayor número de horas laborales estuvo relacionado a una mayor prevalencia de realización personal baja.

10. RECOMENDACIONES:

Socializar con el HNAL los resultados del presente estudio, para que se gestione e implemente un programa sostenido e integral para la evaluación, identificación, tratamiento y prevención de esta patología en el personal médico residente.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Méndez A. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. An. Med (Mex). 2011, 56(2): 79-84.
2. Thomas N. Resident Burnout. JAMA. 2004, 292(23): 2880-2889.
3. Jawahar IM, Stone TH, Kisamore JL. Role conflict and Burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on Burnout dimensions. Int J Stress Manag. 2007, 14:142-159.
4. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev. Esp. Salud Pública. 2009, 83(2): 215-230.
5. Gil-Monte PR, Peiró JM. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Rev. Latinoamericana de Psicología. 2008, 40(1):175-177.
6. Montoya P y Moreno S. Relación entre Síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. Psicología desde el Caribe [revista en Internet] . Universidad del Norte. 2012; 29 (1): 204-227, ISSN 0123-417X (impreso) ISSN 2011-7485 (on line).

7. Moreno- Jiménez B, González J y Garrosa E. Desgaste profesional (Burnout), Personalidad y Salud percibida. Publicado en : J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. (2001).59-83.

Disponible en:

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

8. Ortega C, López F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004, 4:137-160

9. Alvarez E y Fernandez L. El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1991; XI(39): 257-265.

10. Vilorio-Marin H, Paredes-Santiago M. Estudio del Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional en los Profesores de la Universidad de los Andes. EDUCERE. Investigación 2002, (17):29-36.

11. Robert B, Meredith D, Donald S; A first survey: measuring Burnout in emergency medicine physician assistants. JAAPA-Journal of the AAPA 2002, 1 (5):40-9.

12. Aranda C, Aldrete MA, Salazar JG, Torres TM, Síndrome de Burnout y apoyo social en los Médicos de base en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara México, Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barba 2004, 31(4) 142-150.

13. Javier Miravalles. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Gabinete Psicológico - San Juan de la Cruz 11, 2 Izq, Zaragoza www.javiermiravalles.es.

Disponible en:

<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20burnout%20Inventory.pdf>

14. Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, Maringá. 2002 Jan./Jul; 7(1): 3-10.
15. Olivares V, Gil-Monte P. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Cienc Trab*. Jul-Sep; 2009, 11 (31): 160-167
16. Guevara C, Penao D y Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle*, Cali, 2002. *Colomb Med*. 2004; 35(4): 173-178.
17. Niku K. Thomas, MD y cols. Resident Burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880-2889.
18. Martini S, Arfken S, Balon R. Comparision of Burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. *Acad. Psichiatry* 2006; 30: 352-355.
19. Maslach C, Leiter M. The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
20. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencia. *Emergencias*. 2007; 19: 116-121. (Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias ISSN 1137-6821: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=6698>)

21. Contreras HJ, Romero EM, Silhy QM. La prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes y practicantes internos en la red nacional de hospitales. Tesis para optar por el título de Doctor en Medicina. Antiguo Cuscatlán, El Salvador. Universidad Dr. José Matías Delgado. 2008: 77. Tomado de internet.
22. Paredes O, Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Rev. fac. med (Colombia). 2008; 16(1): 25-32.
<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf>
23. Martínez García M, Centeno Cortés C, Sanz-Rubiales A, Del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. Rev Med Univ Navarra. 2009; 53(1): 3-8.
24. Pereda-Torales L, Márquez F, Hoyos M, Yáñez M. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Salud Mental. 2009; 32(5): 399-404.
25. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E y Miró O. Residentes, guardias y síndrome de Burnout. Rev Clin Esp. 2010;210(5):209–215.
Disponible en:
<http://www.revclinesp.es/en/residentes-guardias-sindrome-burnout/articulo/S0014256510001268/>
26. Estela-Villa L, Jiménez-Román C, Landeo-Gutiérrez J, Tomateo-Torvisco J, Vega-Dienstmaier J. Prevalencia de síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2010; 73(4): 147-156

27. Valenzuela A. Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco. (tesis para optar el título profesional de médico cirujano)) Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma - Facultad De Medicina Humana; 2010

28. Camacho-Avila A, Juárez-García A y Galicia F. Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes. Cienc Trab. 2010; 12(35): 251-256.

Disponible en:

<http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Externos/2010>

29. Cáceres G, Echevarría M, Ghilarducci C y Pomares D. Síndrome de Burn-out en médicos residentes del NEA: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas?. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 8 201 – Junio 2010.

Disponible en:

http://med.unne.edu.ar/revista/revista201/3_201.pdf

30. Apaza E, Mendoza E, Zegarra R, Yoshiyama M. Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de Burnout en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental. Lima, Perú. 2009. Revista de psiquiatría y salud mental “Hemilio Valdizán” (Perú). 2011 Julio-Diciembre; XII(2): 27-36.

31. Rosales Y, Cobos. Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. Med Segur Trab (Internet) 2011 Octubre - diciembre; 57(225): 313-318.

32. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes.

Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. Rev Méd Hered. 2011, 22(4).

33. Ayala A, Antezana P, Yllatopa E. Síndrome de Burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, setiembre 2011. Actas Perú Anesthesiol. 2012; 20: 13-20.

34. Vásquez-Manrique J, Maruy-Saito A, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2014; 77(3): 168-174.

35. Hasan y cols. Prevalence and factors affecting Burnout among secondary care doctors in bahrain-a cross sectional study. Int J Med Res Health Sci. 2015;4(2):401-406.

36. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. Arch Arg Pediatr. 2007; 105 (3): 236-240.

37. Durante E, Augustovski F, Catsicaris C, Eymann A, Reboiras F, Faingold D y cols. El desgaste profesional entre los residentes de un Hospital Universitario en Argentina. VII Conferencia Argentina de Educación Médica. Córdoba. Argentina. 2005.

38. Shanafelt TK, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burn-out and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med 2002; 136:358-367

39. Belloch García SL, Renovel Farre V, Calabuig Alborch JR, et al. The professional Burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialities. An Med Interna 2000; 17(3):118-22.b

12. ANEXOS

Anexo 1:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº:.....

I. INTRODUCCIÓN

Estimado residente de medicina, el presente cuestionario es el instrumento de medición del trabajo de investigación titulado "Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú". Por ello, solicito su colaboración con el llenado del presente cuestionario, que es de carácter anónimo.

Agradezco su colaboración y solicito la mayor sinceridad y veracidad.

II. DATOS GENERALES

Especialidad: _____ ☐ 2do ☐ 3er

Sexo: M F

Edad:	25-29	30-34	35-39	40-44	45- 50	50 +
Estado civil:	Soltero	Casado	Divorciado	Conviviente	Viudo	
Ingresos económicos mensuales:	-3000	4000	5000	6000	7000	8000+
Número de horas laborales - día:	- 8	8-10	10-12	12-14	14-16	16 +
Número de pacientes atendidos - día:	- 10	10-15	15-20	20-25	25 - 30	30 +
Número de guardias semanales:	1	2	3	4	5	+

III. DATOS ESPECÍFICOS

III.1: Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0 - NUNCA.
- 1 - POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
- 2 - UNA VEZ AL MES O MENOS.
- 3 - UNAS POCAS VECES AL MES.
- 4 - UNA VEZ A LA SEMANA.
- 5 - POCAS VECES A LA SEMANA.
- 6 - TODOS LOS DÍAS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°:.....

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Anexo 2:



DIRECCIÓN GENERAL

Lima, 22 de Diciembre del 2015

OFICIO N° 2623 - HNAL-DG- 2015

Interno de M.H.
EINSTEIN AARON JARA DIAZ
Investigador Principal.
Presente.-

Ref.: Aprobación de Proyecto de Tesis
Expediente N° 026326-2015

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente y acusar recibo de vuestra solicitud de autorización para ejecución del Proyecto de Tesis, titulado: **"Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú"**.

Al respecto le informamos que teniendo la opinión favorable del Decanato de la Facultad de Medicina de la UNMSM (**Resolución de Decanato N° 2060-D-FM-2015**), de las Jefaturas de los Departamentos de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General de nuestra Institución y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (**MEMORANDUM N° 635 -15/HNAL-OADel-2015, Con fecha 22 de Diciembre del 2015**), esta Dirección autoriza la realización del Proyecto de Tesis antes mencionado.

Así mismo, el mencionado Proyecto de Tesis estará bajo la asesoría y supervisión del **Dr. LUIS M. SANCHEZ HURTADO** - Médico Asistente del Servicio de Medicina Interna de nuestra Institución.

Se le informa que la vigencia de esta aprobación es por el período de un año a partir de la fecha, luego de lo cual de ser necesario, tendría que solicitar una renovación de Extensión de Tiempo y que los trámites deben realizarse dos meses antes de su vencimiento.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración.

Muy Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"
.....
Dr. LUIS YINGHERO GARCIA BERNAL
CMP Nro. 24742
Director General

LYGB/IMCCh./
Lizet P.
C/c Archivo

www.hospitalloayza.gob.pe

Av. Alfonso Ugarte N°848
Lima - Perú
T (511) 433-2411 / 614-4646

Anexo 3: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN PARA RESIDENTES DE
MEDICINA

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:

“Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional
Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú”

Investigador: Einstein Aaron Jara Díaz

Estimado doctor(a), soy Aaron Jara Díaz, estudiante de Medicina de último año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y estoy realizando mi tesis de pregrado acerca de la prevalencia del síndrome de Burnout (trastorno adaptativo crónico que altera la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales). Para esto le solicito su apoyo y participación voluntaria en esta investigación por medio del: llenado del “Cuestionario de Maslach” (1986), que es el instrumento más utilizado en todo el mundo para la medición del Burnout.

Los beneficios de participar en el estudio son: determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de medicina, su relación con otras variables y los niveles en que estos factores contribuyen a desarrollar este síndrome. La importancia sería registrar uno de los efectos negativos del trabajo de los médicos residentes, sugerencia de medidas de seguridad y mejora en la calidad de la atención de los pacientes.

No existe riesgo alguno si usted decide participar en el estudio.

Los datos obtenidos serán procesados en conjunto y en el informe final del presente estudio no figurarán sus datos personales. Los datos serán guardados en un archivo que solo será manejado por el responsable del estudio. El investigador responsable se compromete a no divulgar a personas ajenas al estudio los datos encontrados.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los mantengo expresamente. Y por ello, firmo:

Firma del residente de medicina:

Si tiene alguna duda contactar con el investigador: Einstein Aaron Jara Díaz, teléfono 982886446, email nietsnie_lete@hotmail.com.

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Lima, ____ de _____ del 2015